

**Sosiale helseforskjeller**

-

**den psykososiale forklaringsteorien**

Prosjektoppgave  
i grunnstudiet i medisin

Ingvild Svåsand  
H-02

28.09.2007

## **Social health inequalities - the psychosocial theory**

### **Abstract**

During the past 30 years it has become clear that there are huge differences in health and life expectancies depending on your social status. This thesis deals with theories that try to explain this phenomenon, emphasizing the psychosocial theory.

Studies show that the higher your social status, the better health and longer life expectancy you have. Health and life expectancy follow a social gradient through all layers of society. This is true for all countries that have past the epidemiologic transition, where further increase in income cease to have an effect on life expectancy (most western countries).

Several theories are trying to explain this phenomenon. The psychosocial theory asserts how much control you have over your life and the possibilities you have for social participation are crucial for health and longevity. Despite material and economical development in western societies, people report increasingly of suffering among other things from anxiety and depression, lack of control and insecurity. These are factors leading to stressreactions in our body. Continuous stress reduces our resistance to illnesses, and stressreactions can in it self lead to diseases. According to the theory it is our sensitivity towards social relations that lead to anxiety, depression and other psychosocial riskfactors to stress. The greater the social differences in a society are, the higher the percentage of the population report of suffering from the riskfactors. The theory therefore asserts it is the interplay between the social structure and the social situation we find ourself in that effects our health.

## **Innhold**

1. Innledning.....	s.1
2. Sosiale helseforskjeller i Norge.....	s.3
3. Ulike teorier som forklarer disse forskjellene.....	s.8
4. Den psykososiale teorien.....	s.11
Wilkinsons tre psykososiale faktorer som påvirker vår helse:	
4.1a Sosial status.....	s.12
4.1b Tilknytning.....	s.16
4.1c Emosjonelt stress.....	s.19
4.2 Utvikling av sosiale strategier.....	s.20
4.3 Menn, kvinner.....	s.21
5. Problemer med den psykososiale teorien.....	s.22
6. Mulige metoder for å løse problemer knyttet til helsegradienten.....	s.24
7. Litteraturliste.....	s.27

## 1. Innledning

En mann født i Sagene bydel i Oslo kan nå forvente å leve til han er 67 år gammel. På samme tid kan en mann født i annen bydel i Oslo, Vestre Aker, forvente å leve til han er 81 år. (Statistisk Sentralbyrå 2002-2004) Hvorfor er det slik? Denne oppgaven tar for seg ulike forklaringsmodeller for dette.

I løpet av de siste 30 årene har det kommet forskningsresultater fra mange land som viser hvor tydelige helseforskjellene mellom ulike sosiale lag er i et samfunn. Disse forskjellene følger et helt bestemt mønster gjennom lagdelingen i samfunnet, der de med lavest utdanning og lavest inntekt også har den dårligste helsen og lavest forventet levealder. Dette mønsteret er så detaljert at det følger et helt jevnt mønster gjennom alle nivåer i et samfunn. Det er forskjell mellom de aller øverste sosiale lagene i et samfunn - de med enda litt større inntekt og de med enda litt lenger utdanning lever i gjennomsnitt litt lenger og har litt bedre helse enn de som ikke har like høy inntekt og like lang utdanning. Og det er forskjell mellom de aller laveste sosiale lagene av et samfunn - de med bare litt utdanning og lav inntekt har bedre helse og lever lenger enn dem som ikke har noen utdanning i det hele tatt. Disse forskjellene gjelder gjennom hele den sosiale stigen i et samfunn og er derfor noe som angår hele befolkningen, ikke bare dem blant de laveste lagene. Dette fenomenet gjør at vi ikke kan dele samfunnet inn i de med dårlig helse og lav forventet levealder på den ene siden og de med god helse og høy forventet levealder på den andre siden. Det er en gradient gjennom hele samfunnet.

Helsegradienten finnes i alle land. I noen land er den brattere enn i andre. I land med de bratteste gradientene er det størst forskjell i forventet levealder mellom øverste og nederste del av gradienten. I disse landene finner vi også de største forskjellene i befolkningen når det gjelder utdanning, yrke og inntekt. Det viser seg at de landene med de største forskjellene er også de samfunnene som gir minst trygghet og frihet for befolkningen. Disse samfunnene er i høyere grad enn andre samfunn preget av vold, ekstrem fattigdom, manglende mulighet for befolkningen til å uttrykke seg, og i sin mest ekstreme form - totalitære styringsformer. Samfunn med mindre sosiale forskjeller er i større grad preget av tillit mellom folk, deltagelse i samfunnet, god helse og lenger levealder.

Det dreier seg altså om hvilke type samfunn vi vil leve i, og angår derfor alle deler av befolkningen. Helsegradienten vil alltid være der, men hvor bratt helsegradienten er, varierer mellom ulike land, mellom områder innenfor de ulike landene, og den varierer også gjennom

tidsepoker innenfor et land. Helsegradienten er altså ikke statisk, men endres etter hvilken retning utviklingen av et samfunn tar og må derfor også være mulig å påvirke.

Denne gradienten finnes også i Norge, til tross for mange offentlige tiltak for å motvirke den. I løpet av etterkrigstiden var oppbyggingen av velferdsstaten svært viktig for Norge og senere, i 1967, ble folketrygden innført. Dette skulle være en sikkerhet mot at ingen i befolkningen skulle være uten det nødvendige som mat, klær og et sted å bo. Det å dekke befolkningens fysiologiske behov stod i sentrum. Helseforholdene bedret seg for alle, motstandsevnen mot sykdom økte og levealderen gikk opp for alle deler av befolkningen. Imidlertid viser forskning nå at i løpet av de siste 30 årene har de sosiale ulikhetene i befolkningen, målt i forhold til blant annet utdanning, yrke og inntekt økt (St.meld.nr.20 (2006-2007)). Levealderen har gått opp for alle samfunnslag, men den har gått mest opp for de øverste sosiale lagene i samfunnet. Dessuten har sykdommer som tidligere ble betraktet som sykdommer tilhørende de øverste samfunnslagene, for eksempel hjerteinfarkt og diabetes type II, blitt skjøvet lenger nedover på samfunnsstigen, og i tillegg finner vi nå en generell opphopning av nesten alle typer sykdommer jo lenger ned i samfunnslagene vi kommer. Og nå finner vi altså så stor forskjell i forventet levealder blant ulike grupper som 13 år.

I et land som Norge, hvor vi har et godt system for å fange opp og hjelpe dem som har det vanskeligst, hvor alle skal ha rett til den helsehjelpen de trenger, hvorfor er det da likevel så stor forskjell i forventet levealder som mer enn 13 år mellom mannen født på Sagene og mannen født i Vestre Aker?

Dersom vi ønsker å endre utviklingen av en stadig brattere gradient i helseforskjeller, er det nødvendig å vite hva som er årsaken til denne utviklingen og hvilke faktorer som påvirker vår helsetilstand. Det er flere teorier om hvorfor denne gradienten forekommer. Det er forklaringer knyttet til blant annet livsstil og materiell standard. En av teoriene som har fått mye oppmerksomhet de siste årene er den psykososiale teorien som er utformet blant annet av Richard Wilkinson og Michael Marmot (Wilkinson: *The Impact of Inequality*, 2005, Marmot: *Status Syndrom*, 2004, Wilkinson: *Unhealthy Societies*, 1996). Denne teorien bruker forskning fra de siste 30 årene for å vise hvor viktig vår følelse av å ha kontroll over livene våre er for vår helse. I tillegg er graden av deltagelse i samfunnet rundt oss en like viktig faktor. I hvilken grad vi har mulighet til å kontrollere våre liv og delta i samfunnet rundt oss, avhenger blant annet av genetikk, miljø, vår utdanning, inntekt, yrke og hvilken status vi har i samfunnet.

I denne oppgaven forsøker jeg å vise hovedtrekkene i den psykososiale teorien. Denne

teorien kan være aktuell forklaringsmodell også for situasjonen i Norge. Jeg starter derfor med en gjennomgang av hvordan helsegradienten ser ut i dette landet.

Deretter går jeg igjennom de viktigste teoriene som prøver å forklare gradienten, og hovedvekten legges på den psykososiale teorien.

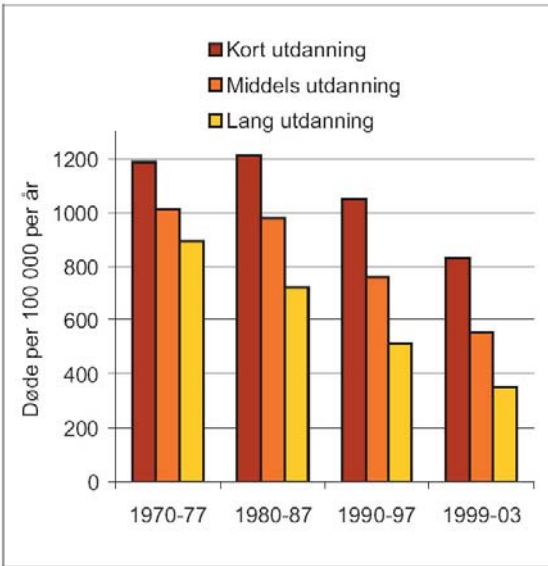
Noe av det viktigste med å se på mulige forklaringer til helsegradienten, er å finne metoder for å løse problemer knyttet til gradienten. I februar 2007 kom Stortingsmelding nr 20 om nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Til slutt tar jeg derfor opp hovedpunktene i denne stortingsmeldingen.

## **2. Sosiale helseforskjeller i Norge**

To standard indikatorer for å måle helse er levealder og dødelighet. Disse indikatorene varierer med ulike mål på posisjon slik som utdanning, inntekt og yrke.

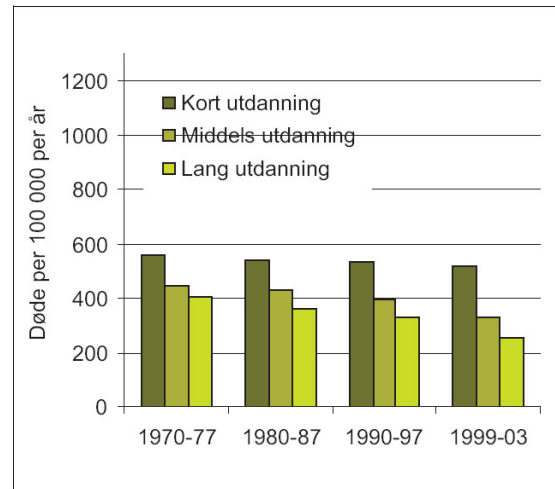
### **Utdanning**

Dersom man studerer dødelighet i befolkningen målt etter utdanningslengde, finner vi redusert dødelighet for dem med lang utdanning sammenlignet med dem som har kortere utdanning (fig. 1 og 2, s4). Dødeligheten har sunket jevt for de fleste utdanningsgrupper i Norge de siste 30 årene, men dødeligheten har sunket mest for dem med lang utdanning. Forskjellen mellom utdanningsgruppene har derfor økt. Denne forskjellen er tydelig både for menn og kvinner, men er mye mer uttalt for menn. Det kan virke som om det er andre faktorer enn utdanningslengde som har større innvirkning på kvinners helse.



Dødelighet etter utdanning, menn 45–59 år.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt



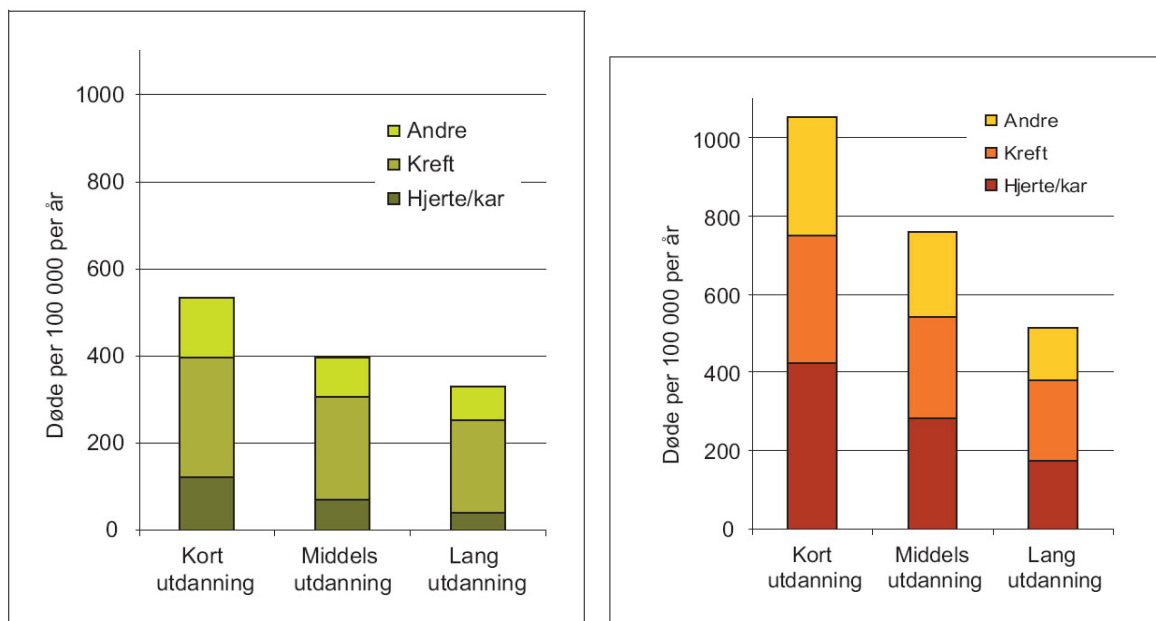
Dødelighet etter utdanning, kvinner 45–59 år.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Figur 1 og 2. Dødelighet etter utdanning, menn og kvinner

Flere studier (blant annet Erikson 2001) viser at sammenhengen mellom helse og utdanningslengde er så detaljert at det ikke bare dreier seg om du har universitetsutdanning eller ikke, grunnskole eller ikke. Studiene viser at også lengden på selve universitetsutdanningen har noe å si for forventet levealder. De med masternivå har noe lenger forventet levealder enn de med bare bachelornivå. Om man har Ph.D i tillegg til mastergrad, kan man forvente å leve lenger enn de som bare har masternivå.

Dette gjelder også når man studerer noen av de store sykdomsgruppene i Norge, som kreft og hjerte-og karsykdommer. Disse er heller ikke tilfeldig fordelt i befolkningen (Fig. 3 og 4, s.5) Også her er det en sterk forbindelse til utdanningslengde. Jo lenger utdanning, jo lavere dødelighet pga både kreft og hjerte-og karsykdommer.

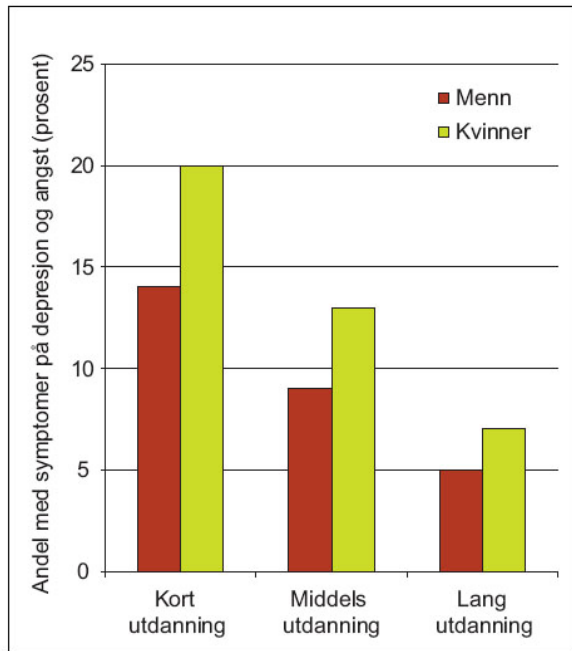


Figur 3 og 4. Årsaksspesifikk dødelighet etter utdanning, kvinner 45-59 år (1990-97), fig.3, menn 45-59 (1990-97), fig.4.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Et område hvor det ser ut som utdanningslengde spiller en særlig stor rolle for kvinner er i forhold til psykisk helse. Figur 5 (s.6) viser sammenhengen mellom utdanningslengde og symptomer på depresjon og angst. Igjen slår lang utdanning positivt ut i form av færre symptomer på depresjon og angst sammenlignet med de som har kortere utdanning, og det har altså større effekt på kvinners enn på menns psykiske helse.



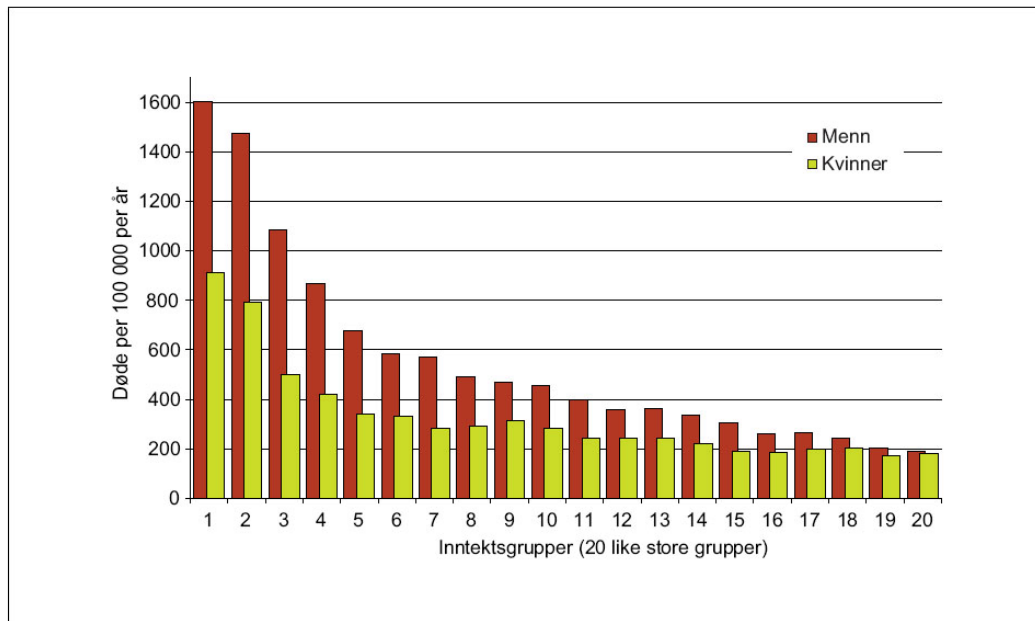


Figur 5. Betydelige symptomer på depresjon og angst etter utdanning, menn og kvinner 25-64 år (2002)

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt

### Inntekt

Om vi bruker inntekt i stedet for utdanningslengde, ser vi også en sammenheng knyttet opp mot helse (fig 6, s.7). Jo høyere inntekt, jo lavere dødelighet. Forskjellene i dødelighet mellom de ulike inntektsgruppene er størst mellom de gruppene med lavere inntekt. Det ser ut som en endring av inntektene for gruppene med lavere inntekt vil få størst effekt, mens dette ikke vil ha like stor betydning for de gruppene med høyere inntekt.

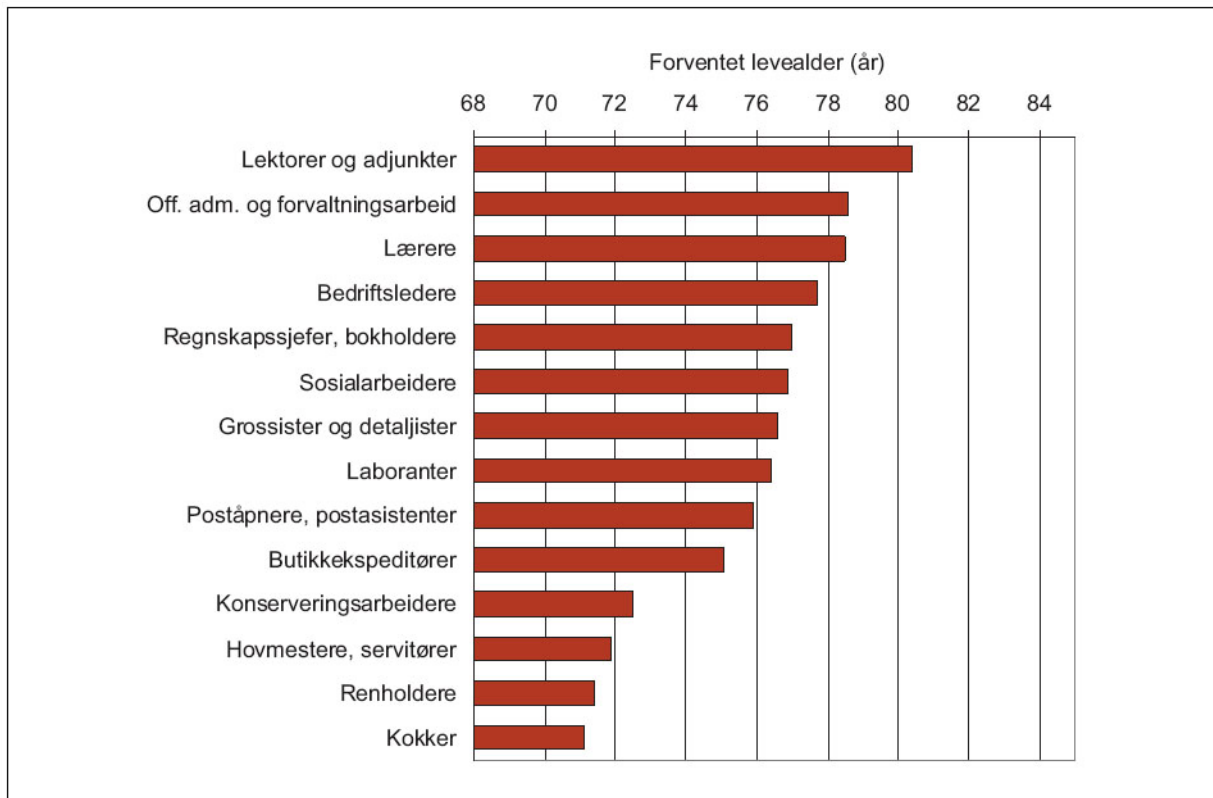


Figur 6. Dødelighet 1999-2003 for menn og kvinner 45-59 år, fordelt på 20 like stor inntektsgrupper

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

## Yrke

Også når vi bruker yrke som mål på sosial status, kommer sammenhengen mellom status og helse frem. Dette kan vi se av figur nr 7 (s.8). En mannlig lektor kan forvente å leve til han er drøyt 80 år, mens en mannlig kokk eller renholder har forventet levealder like over 71 år. Også når det gjelder sammenhengen yrke-helse, kan det se ut som dette gjelder i mye større grad for menn enn for kvinner, selv om vi også ser sammenhengen for kvinner.



Figur 7. Forventet levealder for enkelte yrker, menn (basert på yrke ved folketellingen i 1980 og dødsfall observert i 1996-2000).

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### 3. Ulike teorier som forklarer disse forskjellene

Forskjellene i helsegradienten over tid og mellom land er blant annet avhengig av teknologiske, medisinske, politiske og økonomiske faktorer.

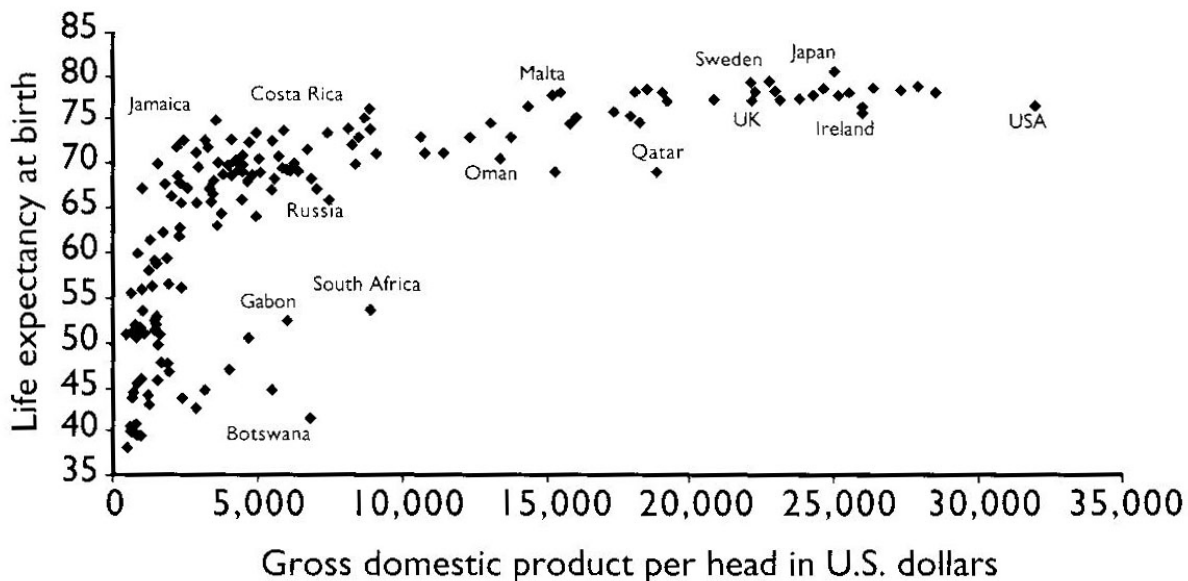
Et eksempel på teknologiske faktorerets betydning er tilgangen på rent vann. I løpet av 1800-tallet førte organiseringen av vann- og kloakkanlegg i byer rundt om i Europa til en dramatisk endring av det fysiske miljøet. Det ble en enorm forbedring av hygiene, og sammen med bedre ernæring hadde dette en positiv innvirkning på helse generelt. Levealderen økte, spedbarnsdødeligheten sank.

Blant medisinske faktorer som har hatt betydning for reduksjon i dødelighetsraten, er utviklingen av antibiotika. Frem til midten av 1900-tallet var infeksjoner med dødelig utgang alltid en nærværende fare som det er vanskelig for oss å forestille oss i dag. Sammen med

vaksineringsprogrammer fikk man etter hvert kontroll med mange sykdommer som ellers invalidiserte befolkningen eller i værste fall var dødelig.

Av politiske tiltak som har hatt stor effekt er velferdspolitikken. Etter andre verdenskrig stod oppbyggingen av velferdsstaten i sentrum i Norge. Den skulle sørge for at alle grupper i befolkningen, uansett hvilken bakgrunn man kom fra, skulle være sikret at basale fysiologiske behov ble dekket og at alle hadde lik tilgang på viktige goder i samfunnet, som helsetjenester og utdanning.

Figur 8 (under) viser at levealderen øker etter hvert som den økonomiske situasjonen i et land bedres, men bare opp til et visst nivå. Undersøkelser viser at fra ca 1970 har denne sammenhengen flatet ut i vestlige land. Den økonomiske utviklingen har fortsatt, men utviklingen av befolkningens levealder og egen opplevde helse har ikke utviklet seg på samme måte. Den har tvert i mot stagnert og i noen områder også gått tilbake, og det er særlig i de nedre samfunnslagene hvor dette gjør seg gjeldene.



Figur 8. Forventet levealder målt mot BNP per person i amerikanske dollar for ulike land (1998)

Kilde: Wilkinson: The impact of inequality

Fremdeles øker levealderen i befolkningen, men på samme måte som for egen opplevd helse, er ikke endringen i levealder lik for alle grupper i samfunnet. Det er de med lengst utdanning, størst inntekt eller med yrker som befolkningen mener har høyest sosial status som har økt sin levealder mest.

Selv om Norge er et av verdens aller rikeste land, lever likevel et betydelig antall mennesker under fattigdomsgrensen i dette landet. De fleste av disse har kjøleskap og fryser, TV, VCR, sykkel og i noen tilfeller bil. De har tilgang på nok mat, også av den riktige sorten. Hvorfor får da disse menneskene flere sykdommer og lever kortere enn de som lever over fattigdomsgrensen på tross av at de tilsynelatende har det materielle som trengs for å ha en god helse? Hvorfor utvikler vi så ulik helse avhengig av sosialt lag når de fleste i samfunnet har tilgang på rent vann, nok mat, bolig, utdanning, helsevesen og annet som vi mener har betydning for helsen? Det er flere forskjellige forklaringsmodeller på dette. Noen av de viktigste er: seleksjonshypotesen, livsstilshypotesen, stresshypotesen, den materielle hypotesen og den psykososiale teorien.

### Seleksjonshypotesen

I følge denne hypotesen er det ulikheter i helse som fører til sosiale ulikheter. Hypotesen hevder at det er medfødte eller tidlig ervervede helsemessige egenskaper som gir oss ulike forutsetninger for å håndtere muligheter og utfordringer vi får gjennom livet. De med gode helseressurser er bedre utrustet til å utnytte mulighetene og til å takle utfordringene og har dermed lettere for å klatre oppover i samfunnet. De med dårligere utgangspunkt forblir i sitt sosiale lag evt faller nedover på den sosiale stigen.

### Livsstilshypotesen

I et samfunn hvor de fleste får dekket alle basale behov, er det hvordan man bruker det som er tilgjengelig som gir ulik helse. De ulike sosiale lagene bruker det som er tilgjengelig på ulike måter og har derfor forskjellig livsstil som påvirker helsen forskjellig, slik som røyking, mosjon og ernæring.

### Stresshypotesen

Lavere sosiale lag er utsatt for høyere vedvarende belastning, samtidig som de har mindre kontroll over sin hverdagssituasjon. De er i større grad utsatt for blant annet ulykker og vold, og

har dessuten økt usikkerhet rundt arbeid og materielle nødvendigheter. Denne typen langvarig stressbelastning fører til fysiologiske reaksjoner i kroppen som over tid kan lede til sykdom.

#### Den materialistiske hypotesen

Denne hypotesen hevder at det er levekårene, slik som boligstandard, ernæring og arbeidsmiljø, som har sterkest påvirkning på helse. Folk fra lavere sosiale lag jobber oftere i arbeidsmiljøer med negativ påvirkning på helsen. De er dessuten oftere dårlig økonomisk stilt og har derfor ikke samme tilgang på materielle goder som kan være viktig for helsen. Lavere sosiale lag har i tillegg ofte dårligere tilgang på helsetjenster eller får dårligere oppfølging fra helsetjensten. Tilsammen gir dette økt risiko for skader og sykdom fra tidlig alder.

Helsegradienten indikerer at det er forskjell på folk innenfor en gruppe, også blant de øverste sosiale lagene. Den psykososiale teorien forklarer dette.

#### **4. Den psykososiale teorien**

Denne teorien hevder at noe av det viktigste for helsen er vår følelse av å ha kontroll over vårt eget liv og mulighet til å delta i samfunnet rundt oss. På tross av den materielle utviklingen av samfunnet, er det stadig flere som oppgir å slite med angst og depresjon, usikkerhet og ensomhet, hjelpeløshet, manglende følelse av kontroll mm. Dette er faktorer som er vist fører til stressreaksjoner i kroppen. Angst, depresjon osv kalles derfor for psykososiale risikofaktorer for stress. Ved langvarig stressbelastning ikke bare reduseres vår evne til å motstå utvikling av sykdommer, men langvarige stressreaksjoner i kroppen kan i seg selv direkte føre til sykdom. (fotnote. Stresshypotesen hevder også at det er langvarig stress som fører til sykdom, men vektlegger andre faktorer som årsaken til stress enn det den psykososiale teoriene gjør)

Teorien hevder at det er særlig vår sensitivitet overfor sosiale relasjoner som kan føre til blant annet angst og depresjon. Det viser seg at jo større sosiale ulikheter det er mellom mennesker i et samfunn jo høyere andel av befolkningen oppgir at de er plaget av nettopp angst, depresjon og andre psykososiale risikofaktorer for stress. Teorien hevder derfor at det er samspillet mellom den sosiale strukturen og den sosiale situasjonen vi befinner oss i som har en effekt på vår helsetilstand.

Vår kropp har en fantastisk evne til å tilpasse seg situasjonen vi er i for øyeblikket. Er vi i en trygg situasjon og vi føler oss avslappet, går for eksempel mer blod til blant annet fordøyelsesorganer og kroppen bruker sine ressurser til vedlikehold av vev, vekst og reproduksjon. Når vi utsettes for press eller belastning av forskjellige slag, blir disse oppgavene i kroppen nedprioritert. I stedet prioriteres alle ressurser til det som skal til for at vi skal være årvåkne, reagere fort og kunne løpe raskt.

I sammenheng med dette, skjer flere endringer i kroppen. En endring er økt mengde av fibrinogen i blodet. Dette gjør at åpne sår stopper fortære å blø. Nivåene av fibrinogen øker som en generell respons på fare, uavhengig av om faren har med å få åpne sår å gjøre eller ei. Økte nivåer av fibrinogen fører ikke bare til at blødninger stanser fortære, men det gir også en økt fare for blodpropp, feks i kransarteriene som forsyner hjertet eller i årene til hjernen.

Det er vist at særlig det kardiovaskulære systemet, det endokrine systemet og immunforsvaret påvirkes av stressrespons. Langvarig belastning av disse og andre systemer i kroppen fører ikke til at vi utvikler en bestemt sykdom, men gjør oss sårbare for sykdom generelt. Wilkinson hevder at det er særlig tre psykososiale faktorer som påvirker vår helse: sosial status, tilknytning og emosjonelt stress i starten av livet. Disse faktorene har flere konsekvenser. En viktig konsekvens er at disse faktorene påvirker hvordan vi oppfører oss, hvilke sosiale strategier vi velger. En annen gjelder hvordan menns og kvinners helse påvirkes ulikt av disse faktorene.

#### 4.1a Sosial status

Hvordan vi måler sosial status, er avhengig av hva vi mener begrepet innebærer. Marmot hevder at for svært mange mennesker handler dette om makt og ressurser. Den som hadde makt og ressurser var tradisjonelt også den som hadde størst sjanse til å overleve. Og det kan virke som om det er slik fremdeles, for nesten uansett hvordan man måler sosial status, så lever de med høyest sosial status lengst.

Undersøkelser viser at når et lands materielle standard kommer opp på et visst nivå, flater kurven som sammenligner dette mot forventet levealder ut (se fig. 8, s.9). Det er som om når man har nok av alt, hjelper det ikke å ha enda mer av det samme. Da er det andre faktorer som spiller inn. Dette punktet der betydningen av materiell standard på levealder reduseres kalles *den epidemiologiske overgang*. Den gjelder i alle vestlige land.

Likevel er det slik at de øverst på den sosiale stigen har mulighet til å skaffe seg enda høyere materiell standard enn andre. Man skulle derfor tro at materiell standard likevel har en viss betydning også for land som har gjennomgått den epidemiologiske overgangen. Flere undersøkelser tyder på at det likevel ikke er slik. Halpern (1993) studerte helsen og levealderen for en del minoriteter i flere byer i USA. Minoritetene bodde ofte i egne områder i byene. De hadde lavere levealder og dårligere levekår enn andre rikere deler av byene. De av minoritetene som klarte å ta utdanning og forbedre sin levestandard, flyttet ofte til de bydelene som ble ansett for finere og for å ha mer status. Disse "innvandrerne" i de bedre bydelene viste seg etterhvert å få dårligere helse og kortere levealder enn menneskene fra der de opprinnelig hørte til. Dette på tross av at de hadde skaffet seg utdanning, hadde bedre inntekt og høyere materiell standard enn det gjennomsnittet i gruppen de kom fra hadde. Flere lignende undersøkelser tyder på det samme.

Når man ser på disse undersøkelsene kan det virke som om det er noe annet som påvirker helsen *enda mer* enn det å få en høyere materiell levestandard. Her er det en gruppe mennesker som har hevet sin egen levestandard, men har mistet den større gruppen som de opprinnelig var en del av. Halpern hevder at i denne situasjonen blir "innvandrerne" konstant minnet på at de egentlig er underlegne og at de i sitt nye samfunn ikke har støtten som de hadde i sitt tidligere miljø. Dette fenomenet kalles *Group density effect*. Dette peker også mot betydningen av tilknytning, som er den andre av de psykososiale faktorene Wilkinson hevder har størst betydning for vår helse (se s.16)

Wilkinson (1996) hevder at i land som har gjennomgått den epidemiologiske overgangen er den viktigste stresskaperen i samfunnet vår kontinuerlige sammenligning med andre mennesker rundt oss. Dette skaper grobunn for utvikling av blant annet angst og depresjon og andre lidelser fører til stressreaksjoner i kroppen. Når vi møter andre, registrerer vi umiddelbart om det er noen vi er likestilt med, eller om dette er noen vi føler oss overlegen eller underlegen overfor. Sosial status har en direkte påvirkning på hvordan vi blir oppfattet av andre, selv om tidligere erfaringer i livet antagelig påvirker i hvilken grad vi selv blir påvirket av denne oppfattelsen av andre. Wilkinson hevder at det er selve *følelsen* av å kontinuerlig føle seg underlegen som gjør at vi utvikler blant annet angst og depresjon. I hvilken grad vi føler oss underlegen avhenger av hvor på den sosiale stigen vi befinner oss, og jo brattere stigen er, jo tydeligere blir det for oss hvor på stigen vi er.

Angst og depresjon er ikke nye psykososiale risikofaktorer for stress som bare eksisterer i land som har gjennomgått den epidemiologiske overgangen. Tvert i mot finnes disse tilstandene



vel så mye blant fattige mennesker som ikke får dekket sine mest basale behov. Wilkinson hevder at når basale behov ikke blir dekket er dette enda et område som gir bekymringer, angst og depresjon. Det er blant annet vist at fattige mennesker har større binyrer enn rikere, noe som kan tyde på langvarig økt produksjon, og dermed vedvarende forhøyede nivåer av stresshormonene kortisol og adrenalin. I tillegg er det påvist at fattige har mindre tymus, noe som tyder på redusert immunforsvar. Så lenge basale behov ikke blir dekket, ser vi raskere effekt på levealder og helse ved økt materiell standard. Det betyr ikke at de psykososiale faktorene ikke har spilt en rolle for helsen, men at de har kommet i tillegg til at basale behov ikke ble dekket. Når de basale behov blir dekket, kommer effekten av psykososiale risikofaktorene tydeligere frem.

Som vi har sett er det en klar sammenheng mellom utdanning og forventet levealder. Dette vil de fleste forvente ettersom det viser seg at det er dem med utdanning som lettest klarer å ta imot informasjon og anvende kunnskapen til sin egen fordel. Denne gruppen mennesker har størst kunnskap om helsekonsekvensene av ulik mat, av betydningen om mosjon, om farene ved røyking osv. Mange vil derfor hevde at forklaringen til de sosiale ulikhetene i helse ligger i den forskjellige livsstilen som det er vist at de ulike sosiale lagene har.

Likevel er det nå flere undersøkelser som tyder på at livsstil bare kan forklare en del av forskjellene. En oppfølgingsstudie tok for seg 17.000 personer som arbeidet i de britiske regjeringskontorene. Dette var en gruppe hvor de fleste mente de tilhørte middelklassen og hadde nok ressurser til å skaffe seg det de trengte for å dekke alle fysiologiske behov. Studien viste at dødelighet pga hjerte-karsykdommer var fire ganger høyere blant `junior office workers` enn blant `senior administrators workes` i de samme kontorene (Rose og Marmot 1981) . Personer på mellomnivåene hadde en dødelighet som lå mellom de to andre gruppene. Kjente risikofaktorer for hjertesykdommer, som livsstil med røyking, mosjon, ernæring som de viktigste, kunne bare forklare litt under en tredjedel av forskjellene i dødelighet i denne studien. Andre studier viser det samme (Lantz et al.1998).

Det er kjent at det er en klar tendens til at man fører en mer usunn livsstil jo lavere sosial klasse man tilhører. Men når man undersøker effekten av livsstil, virker det altså som om den har ulik påvirkning avhengig av klassetilhørighet. Det virker som om det samme antallet røykte sigaretter per dag, har større sjanse for å gi lungekreft for en i lavere samfunnslag enn en høyere oppe. Hvis dette stemmer, må det være andre faktorer enn livsstil som også spiller inn.

I studien fra de britiske regjeringskontorene målte man blant annet fibrinogennivåene i

blodet til dem som arbeidet der. De øverst i hierarkiet hadde de laveste nivåene, de lengst nede hadde de høyeste nivåer. Dersom man har høye nivåer av fibrinogen, har man økt sjanse for å utvikle blodpropp. En usunn livsstil med røyking, dårlig kosthold og lite mosjon gir også økt sjanse for blodpropp. Dersom man har høye fibrinogennivåer i blodet og i tillegg fører en usunn livsstil, øker sjansen for blodpropp betraktelig i forhold til dem som har samme type livsstil men har lavere fibrinogennivåer.

Flere studier viser det samme; det er som om jo lenger ned på samfunnsstigen man kommer, jo mer preges kroppen av stressresponser fremfor å være i en tilstand av vedlikehold og oppbygging. Wilkinson (1996, 2005) og Marmot (2004) hevder at dette er fordi jo lenger ned i samfunnslagene man kommer, jo mindre kontroll og innflytelse har man på sin egen hverdag. Folk i lavere sosiale lag har for eksempel ofte mindre påvirkningsmulighet på sitt arbeid. Undersøkelser tyder på at dette har enorm betydning for vår helse. Det å ikke ha innflytelse over det arbeidet man faktisk har, det at andre forteller en hva en skal gjøre, har vist seg å være skadelig for helsen. Det er ikke selve arbeidet som er skadelig, men vårt behov for å bestemme over oss selv er så stor at graden av selvstendighet i forhold til eget arbeid påvirker vår helse. Det er vist at jo større innflytelse man har over sin egen arbeidssituasjon, jo lenger levealder har man (blant annet Karasek et al. 1990, Stam et al. 2002-2003). Det kan virke som om vi tåler bedre eget pålagt stress enn det som er påført av andre

Når man studerer helsen til friske folk med jobb og som siden mister jobben, viser det seg at de har dårligere helse etter at de mistet jobben. Det har blitt hevdet at det er dem med svak helse som ofte ikke klarer å holde på en jobb, men undersøkelser viser at friske mennesker rapporterer om dårligere helse allerede etter at de får vite at det er en viss sjanse for å miste jobben (blant annet Iversen og Klaussen 1981, Ferrie et al 1995). Dette er uavhengig av om de faktisk mister jobben eller ei. Det kan derfor virke som om det er arbeidsløshet som fører til sykdom og ikke andre veien. Wilkinson hevder at det er nettopp dette som er tilfelle og at det er slike og andre tilsvarende situasjoner hvor bestemmelsene taes utenfor oss selv som gjør at vi føler vi ikke har kontroll over vår egen tilværelse. Jo lenger nedover på den sosiale stigen man befinner seg, i jo flere slike situasjoner er det andre mennesker enn en selv som bestemmer over ens tilværelse.

#### 4.1b tilknytning

I følge verdensbanken er Sverige og Japan de landene med størst inntektslikheter i befolkningen i den vestlige verden (Wilkinson 2004). Disse landene har samtidig en befolkning med høyest levealder. De er dessuten land preget av lite vold i samfunnet og høy grad av at folk stoler på hverandre. I andre enden av skalaen er USA med svært stor inntektsforskjell mellom innbyggerne. Dette landet har et av de største BNP i verden og bruker en stor andel på helsevesenet. Likevel er det andre land som har lenger levealder enn USA, selv om disse landene kanskje bare har halvparten av USAs BNP. Ikke bare har USA kortere levealder enn andre land som har gjennomgått den epidemiologiske overgangen, men svarte menn i USA lever i gjennomsnitt flere år kortere enn det gjennomsnittslevealder er for menn på landsbyen i Bangladesh, et av verdens fattige land.

USA er også et av de landene i den vestlige verden som er preget av stor grad av vold, og i tillegg viser undersøkelser at folk oppgir en mye lavere grad av tillit mellom mennesker her enn i andre vestlige land (Wilkinson 1996).

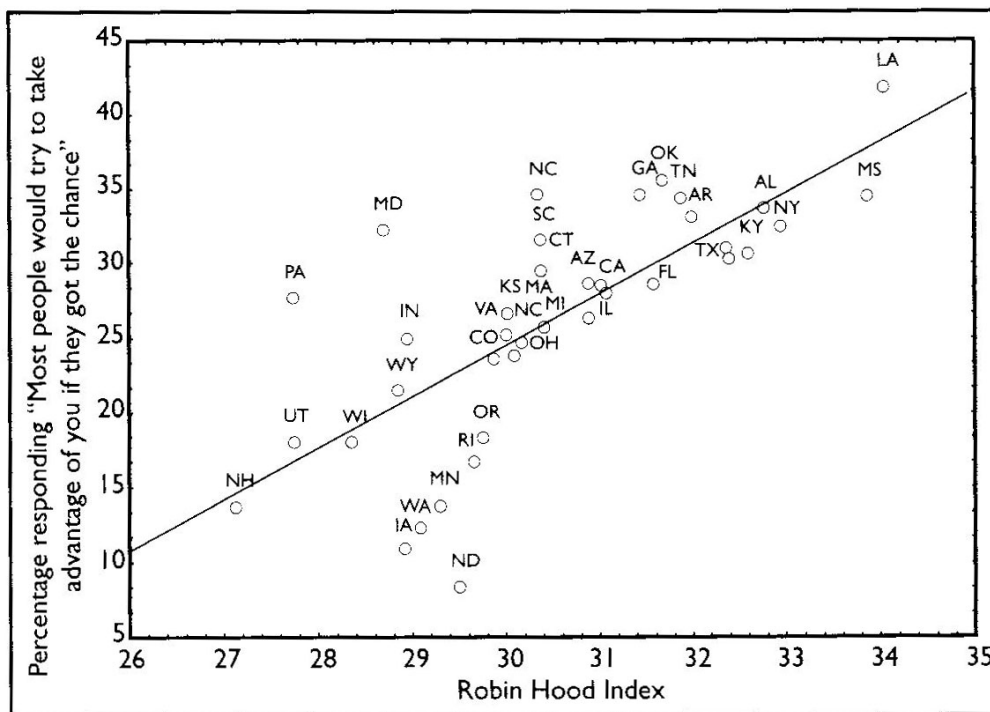
En annen sosial faktor som dukker opp når man studerer inntektsulikheter, er at graden av deltagelse eller involvering i samfunnet også er avhengig av inntektsulikheter. Putnam beskriver involvering i samfunnet som for eksempel det å delta kor eller i en idrettsklubb, lese lokalavis, stemme ved valg, tilsammen ofte beskrevet som sosial kapital. Han fant at områder i USA og i Italia hvor det var liten inntektsforskjell mellom folk, var det stor grad av deltagelse i samfunnet sammenlignet med de områdene med store inntektsforskjeller. I områdene med små inntektsforskjeller var også levealderen lenger enn i de andre områdene (Putnam, Leonardi og Nanetti 1993).

Wilkinson og Marmot hevder at store sosiale forskjeller mellom folk gjør det vanskeligere å danne gode sosiale relasjoner. Vårt behov for å bli verdsatt og av å bety noe for andre virker å være enormt. Det samme gjelder behovet for å høre til en gruppe. Dette er faktorer som bare kan oppfylles i tilknytning til andre mennesker. Gode sosiale relasjoner er vist å virke beskyttende mot sykdom, mens følelsen av ensomhet og hjelpeløshet er viktige risikofaktorer for stress.

Kerala er et fylke i India der BNP er \$1000 per person per år. Forventet levealder er likevel bare 3 til 4 år kortere enn i USA hvor BNP per person per år er mer enn \$30.000. Dette samfunnet er karakterisert av blant annet liten inntektsforskjell mellom folk, høy status for

kvinner og lav andel av analfabeter. Det er dessuten det fylke i India hvor folk leser flest aviser og hvor det er høy deltagelse i politiske organisasjoner. Det er interessant å lese at i dette samfunnet lever også muslimer, kristne og hinduer sammen (Kapur 1998).

Flere studier dreier seg om inntektsforskjeller og sosiale relasjoner. I en undersøkelse fra de ulike statene i USA, ble folk spurt om i hvilken grad de trodde andre kunne utnytte dem hvis de hadde sjansen. Jo større inntektsforskjeller det var i staten, jo større var andelen av befolkningen som trodde dette.



Figur 9. "Robin Hood Index of Income Inequality" er prosenten av inntektene i et samfunn som måtte ha blitt tatt fra de rike og gitt til de fattige for å få inntektslikhet. Her er Robin Hood Index fra de ulike amerikanske statene målt mot andelen av befolkningen i disse statene som mener at folk vil utnytte dem hvis de fikk sjansen.

Kilde: Wilkinson: Impact of inequality (Kawachi et al.: SocialCapital, Income inequality, and Mortality. 1997)

Dette fenomenet er ikke noe som gjelder utelukkende for det amerikanske samfunnet. I en undersøkelse gjort av Uslander (2002) sammenligner han Gini-koeffisienten (fotnote: Gini-koeffisienten er et mål på inntektsfordelingen i en befolkning. Den tar utgangspunkt i en tenkt

situasjon der alle i befolkningen tjener likt, og måler hvor langt den faktiske fordelingen befinner seg fra denne situasjonen) til ca 40 land og graden av mellommenneskelig tillit oppgitt av befolkningen i disse landene. Han fant det samme som for de amerikanske statene. Jo større inntektsforskjell, i jo mindre grad stoler folk på hverandre.

Tilsvarende undersøkelser har blitt gjort i forhold til i hvilken grad befolkningen mener at samfunnet preges av fiendtlighet, rasisme, kvinneundertrykking. Sammenlignet med inntektsfordelingen i samfunnet, viser undersøkelsene tilsvarende resultater som for tillit. Jo større inntektsforskjellene er i et samfunn, i jo større grad oppgir befolkningen at de lever med fiendtlighet, rasisme og kvinneundertrykking.

En meta-analyse fra 1993 (Hsieh og Pugh 1993) viser klar sammenheng mellom inntektsforskjeller og vold. Av 37 studier viste 36 av dem at økende inntektsforskjeller gir økende tilfeller av vold i samfunnet. Samtidig viste undersøkelsene at i de områdene med stor grad av vold er det også størst grad av mistillit mellom mennesker. Sammenhengen ble studert både mellom land og mellom områder innenfor ulike land.

Men volden i samfunnet er ikke tilfeldig fordelt. Det er vold mellom mennesker i de nederste samfunnslagene som er regelen. Psykiatere hevder at når vi er langt nede på den sosiale stigen, tyr vi til vold når følelsen av ikke å være respektert og trusselen om å tape ansikt tar overhånd. Når man tilhører de nederste lagene av den sosiale stigen, kan man ikke gjøre så mye med at andre er rike, men man kan i hvert fall bevare respekten overfor andre i samme samfunnslag. Dette har enorm betydning for visse mennesker. Fengselsinnsatte er kanskje dem som er aller nederst på den sosiale stigen. De har svært lite kontroll over sin hverdag. I intervjuer med personer innsatt pga voldsovergrep, står følelsen av at offeret ikke respekterte dem ofte øverst på listen over hvorfor de brukte vold. Det virker som om hvis ikke du har noe annet, har du i hvert fall det fysiske overtaket. Vold er kanskje det mest tydelige eksempelet på å dominere over andre og bringer en litt oppover den sosiale stigen.

Store forskjeller i samfunnet gjør det tydelig hvordan det sosiale hierakiet er. Vi er svært følsomme for å bli sett ned på, og i et samfunn med store forskjeller vil det være flere som føler seg underlegne og jo lenger ned på stigen, jo lettere å føle denne forskjellen. Vi er mest sensitive for sammenligning med dem som befinner seg nærmest oss på hierarkistigen, de som er mye lengre oppe eller nede på stigen bryr vi oss ikke så mye om. De som er langt under oss på stigen kan vi heve oss over, de som er langt over oss kan vi likevel ikke gjøre noe med. Det er som om vi velger kamper det er mulig å vinne. Wilkinson og Marmot hevder at dette er noe av grunnen til

at vold som oftest skjer mellom mennesker som tilhører samme sosiale lag.

Den mest ekstreme negative formen for sosial relasjon er mord. Kanskje det tydeligste eksempelet på at inntektsulikheter påvirker sosiale relasjoner finnes i studier som viser sammenhengen mellom inntektsulikheter og mord. Jo større inntektsforskjeller jo høyere antall mord. Denne sammenhengen viser seg både mellom land og mellom ulike områder innfor et land (Fajnzylber 2002).

(fotnote: Det virker som graden av vold og mord, og graden av selvmord i samfunn har motsatte kurver; jo mer egalitært et samfunn er, jo mindre vold, men desto høyere andel selvmord. Det er som om når det er store forskjeller mellom folk, gir vi andre skylden for det som har gått galt, men når det er større likhet mellom folk er det ikke noen å legge skylden på, eller vi skylder på oss selv (McIsaac og Wilkinson 1997, Ng og Bond 2002).)

#### 4.1c Emosjonelt stress i starten av livet

Den tredje psykososiale faktoren Wilkinson mener særlig påvirker vår helse er graden av emosjonelt stress vi utsettes for i starten av livet, både i løpet av svangerskapet og i de første leveårene.

Flere studier har vist en sammenheng mellom lav fødselsvekt og graden av sykdom senere i livet (blant annet Barker 1998,1999). Tidligere trodde man at mors ernærings under svangerskapet hadde mest å si for hvilken fødselsvekt de nyfødte hadde. Flere undersøkelser viser nå at stress kan spille en viktig rolle. I studier hvor gravide kvinner har nok og riktig ernæring under svangerskapet, får de kvinnene som rapporterer om stress i løpet av svangerskapet barn med lavere fødselsvekt enn de andre kvinnene.

Også stress i de første leveårene virker å ha en enorm betydning for utvikling av helse. I en svensk retrospektiv studie fant man at den variabelen som hadde størst betydning for utvikling av sykdom etter fars klassetilhørighet, var store familiekonflikter, for eksempel skilsmisse, i tidlig oppvekst (Lundberg 1993). Dødsraten var så mye som 50 % høyere for disse barna. Flere undersøkelser tyder på det samme. Det kan dessuten se ut som om jo tidligere i livet dette skjer, desto større er effekten på helsen.

Undersøkelser viser at stress under svangerskapet og i tidlige leveår ikke bare leder til sykdom senere i livet, men at det også påvirker barns adferd. En studie som tok for seg 7.500 barn, viste at barn av de mødrene som oppgav å være utsatt for stress under svangerskapet hadde

i større grad utviklet adferdsmessige og følelsesmessige problemer ved tre årsalder enn andre barn(O'Connor et al. 2002). Langtidsstudier av mennesker utsatt for stress i tidlig alder, viser at de i mindre grad enn andre klatrer oppover den sosiale stigen (Montgomery et al.1996) I tillegg utvikler de ulike sykdommer tidligere enn andre. For eksempel får de for høyt blodtrykk i tidligere voksen alder enn andre (Wadsworth 1991)

Disse tre psykososiale faktorene, sosial status, tilknytning og emosjonelt stress tidlig i livet har flere effekter på oss. Faktorene har særlig innvirkning på hvilke sosiale strategier vi velger. Dessuten påvirker faktorene menn og kvinner på ulik måte.

#### 4.2 Utvikling av sosiale strategier

Ingen sosiale relasjoner er like. Det er derfor nødvendig for oss å kunne tilpasse oss den aktuelle situasjonen. Den psykososiale teorien legger vekt på at vi er utstyrt med ulike psykologiske og adferdsmessige strategier for å takle de ulike sosiale miljøene vi er i. Studier viser at graden av inntektsforskjeller faller sammen med graden av blant annet tillit, involvering i samfunnet, mord og fientlighet. Ut i fra undersøkelser virker det også som om det er inntektsforskjellene som endres først, deretter endres de andre faktorene som alle er uttrykk for kvaliteten på sosiale relasjoner. De individuelle tilpasningsstrategiene skjer i samspill med de samfunnsmessige strukturene.

Det virker som om graden av ulikheter i et samfunn påvirker hvilke sosiale strategier vi velger. Etterhvert som forskjellene mellom oss øker, går vi fra sosiale strategier som favoriserer samarbeid, vennskap og tillit, til å bli mer konkurransepreget med mer egoisme og mindre deltagelse i samfunnet rundt oss, mer aggressivitet og vold. I hierarkiske og autoritære samfunn er vi mest opptatt av å beskytte oss selv (Cance 1998). Vi ønsker orden for at det skal være oversiktlig, da er det lettest å beskytte seg selv. Med mindre hierarki og autoritet er det lettere å kommunisere uten frykt for å bli fordømt, og samfunnet blir mer preget av samarbeid og kreativitet.

Når man leser studiene kan det virke som om det er effekten av ikke å ha nok makt eller resurser for å kontrollere sitt eget liv, eller effekten av følelsen av å være underlegen i forhold til andre som leder til depresjon, fientlighet og manglende sosial og emosjonell støtte. Dette er følelser som i seg selv reduserer livskvaliteten, men det påvirker også hvordan vi oppfører oss i

hverdagen, hvor inkluderende vi er eller hvor fordomsfulle vi er.

#### 4.3 Menn, kvinner

Menns helse påvirkes mer av ulikheter enn kvinner. I hvert fall når vi måler status med faktorer som inntekt, utdanning og yrke. Dette er faktorer som tradisjonelt har tilhørt menn. Det kan derfor virke som om menn påvirkes mer av mannlig dominanse enn kvinner. Jo brattere gradient, jo større press på menn for å være menn. Undersøkelser viser at det kanskje er andre faktorer som har større påvirkning på kvinners helse. For eksempel rapporterer kvinner i større grad enn menn om bedre egenopplevd helse når de føler de har en sterk gruppetilhørighet eller mestrer sosiale sammenhenger (Marmot 2004). Likevel, kvinners helse påvirkes også av graden av inntektsforskjeller.

Flere undersøkelser viser at i de samfunnene hvor kvinner og menn er mer likestilte og hvor kvinner for eksempel kan ta utdanning, er ikke bare spedbarnsdødeligheten lav og kvinners helse og levealder lenger, men også menns helse er bedre og menns levealder lenger. Når kvinner har høyere status, lever altså både menn og kvinner lenger. Kawachi (Kawachi et al. 1999) målte kvinners status i statene i USA i forhold til 3 områder- antall valgte kvinner i forhold til menn, forskjellen i lønn for kvinner og menn og graden av økonomisk uavhengighet. I de statene hvor kvinners stilling var høyest, var også de statene hvor menns dødelighet var lavest. Det virket altså som om menns dødelighet var mer påvirket av kvinners stilling enn for kvinnene selv.

Kvinners stilling er bedre i de områdene hvor det ikke er den enorme konkurransen mellom menn. Jo brattere gradient, jo større konkurranse mellom menn. Jo større konkurranse det er mellom menn, jo mer utsatt er menn for stress, angst og skadene denne konkurransen fører med seg. Jo brattere gradient, jo mer er samfunnet preget av økende vold, mer risikofylt oppførsel, økt alkoholisme, økt narkotika- og medikamentmisbruk og kardiovaskulære sykdommer (blant annet Kaplan et al. 1996). Jo mindre sjansen er for å lykkes i konkurransen, jo mer er kvinner utsatt for å bli holdt nede av menn som vil ha følelsen av å ha lykkes på noen områder av konkurransen. Dette går først ut over parforhold. Hvis man føler seg underlegen, er en måte å være mer overlegen på å undertrykke andre, for eksempel kvinner, minoriteter eller andre grupper det kan være lett å heve seg over. Undersøkelser viser at menn som jobber i firmaer eller i sammenhenger som er svært hierarkisk inndelt, tyr lettere til vold i hjemmet enn andre. I sin mest ekstreme form for vold i hjemmet finner vi såkalte æresdrap. Dette skjer i



kulturer med ekstremt sterk grad av mannlig dominanse. Her er kvinners frihet svært innskrenket. Det kan virke som om mennene har behov for å kontrollere kvinnene i sin nærmeste omkrets for selv å føle at de har noen form for kontroll i et samfunn preget av ekstrem konkurranse.

Men det er enslige menn som påvirkes mest av denne konkurransen, og man finner størst dødelighet blant enslige menn i samfunn hvor det er stor grad av ulikheter (Wilkinson 2005). Det er også blant enslige menn det først registreres økt dødelighet når graden av likhet i et samfunn endrer seg til et samfunn med større inntektsforskjeller. Dette så man på slutten av 1900-tallet for de tidligere kommunistiske landene i Østeuropa. Endringene førte til at det svært raskt ble store forskjeller i inntekt mellom folk. Samtidig økte dødeligheten og det ble dessuten registrert stor økning i voldelighet. Graden av dødelighet og vold økte mest i de områdene som fikk de størst inntektsforskjellene mellom folk, ikke der hvor befolkningen var fattigst. Økningen ble dessuten først registrert hos enslige menn.

I samfunn hvor det registreres en inntektsutjevning, synker dødeligheten. Undersøkelser viser at ved enhver reduksjon i inntektsforskjellene i et samfunn, faller dødsraten blant menn dobbelt så fort som blant kvinner. Hos barn virker det også som om det er gutter som påvirkes mest av gradienten. Etter hvert som det har blitt større og større inntektsforskjeller, har gutters skoleprestasjoner gått nedover.

## **5. Problemer med den psykososiale teorien**

Noe av problemet med denne teorien er at man ikke har klart å identifisere en hovedvei fra store ulikheter i samfunnet til helsestandard og levealder. Wilkinson og Marmot hevder blant annet at vårt behov for å ha kontroll over vår hverdag og kunne delta i samfunnet rundt oss er svært viktig for vår helse og at jo lenger ned på den sosiale stigen vi befinner oss, jo mer blir vi fratatt denne muligheten. Dette fører til bekymringer og stressreaksjoner som over tid er skadelige for oss. Denne forbindelsen kan ikke måles direkte. I stedet tolker de dette som konsekvens av resultatene fra svært mange ulike typer undersøkelser. Undersøkelsene kan tyde på at psykososiale faktorer spiller en stor rolle for vår helse, men det er uklart hva mekanismen er.

Undersøkelsene som brukes i argumentasjonen for denne teorien peker på svært mange ulike mekanismer som hver for seg kan være psykososiale risikofaktorer for stress. Disse faktorene *kan* være det som fører til stress, men det kan også være andre ukjente faktorer med

større påvirkningskraft som gjør at vi utvikler stressrespons. Dessuten kan de ulike risikofaktorene påvirker hverandre og ytterligere komplisere bildet.

Når teorien hevder at vårt behov for kontroll og deltagelse i samfunnet er noe av det viktigste for vår helse, er dette en konklusjon trukket på bakgrunn av resultatet fra mange ulike undersøkelser som hver for seg ikke sier dette direkte. Når man leser disse undersøkelsene kan man få inntrykk av at det er mekanismene *bak* vårt behov for kontroll og deltagelse som styrer oss. Det virker som mange av undersøkelsene peker på vårt behov for anerkjennelse og gruppetilhørighet som noe av det som styrer vår oppførsel, *blant annet* i forhold til kontroll og deltagelse, men også for eksempel i forhold til hvordan vi generelt velger i ulike situasjoner.

Uansett hva man mener er den bakenforliggende mekanismen(e) som fører til stressrespons, handler svært mange av disse mekanismer om følelser, hvilke følelse vi får i ulike situasjoner og hvordan vi reagerer på våre følelser. Vi har ennå ikke vitenskapelige metoder for å måle en følelse. Dessuten, reagerer ikke ulike mennesker med ulike følelser i samme situasjon? Når vi skal undersøke følelser vet vi ikke om det er den samme følelsen vi snakker om, heller ikke om den har den samme intensitet og i tillegg vil ulike mennesker reagere ulikt på samme følelse. Derfor kan det også være vanskelig å si noe om hva som er vår følelsesmessige reaksjon på ulikheter mellom oss.

Denne teorien diskuterer dessuten problemer som er knyttet til hvordan vi skal leve våre liv, hvordan sosiale relasjoner er og hvordan vi organiserer vårt samfunn. Dette handler også om verdier og verdivalg. Det er svært følelsesladet tema og derfor svært vanskelig å diskutere. Ingen mennesker vil bli fortalt hvilke verdier de skal ha og hvordan de skal leve sine liv. Det er jo dessuten noe av det den psykososiale teorien går ut på.

Andre aspekter av undersøkelsene viser at de psykososiale risikofaktorene har ulik innvirkning på ulike grupper av mennesker. De har for eksempel ulik innvirkning på menn og kvinner. I tillegg har de ulik innvirkning på blant annet enslige og gifte og på ulike minoriteter. Dette kan tyde på at det også er andre faktorer som har betydning for om det vi utsettes for leder til stress eller ikke.

I tillegg må denne teorien kombinere kunnskap fra svært mange fagfelt, både innenfor de ulike fagfeltene av medisin, men også med blant annet psykologi, sosiologi og statsvitenskap. Dette er fagfelt som opererer på helt forskjellige nivåer - individnivå, mellomnivå og makronivå - og vil derfor være svært vanskelig å få oversikt over hvordan dette til sammen påvirker oss. Fordi det alltid vil være interaksjoner mellom disse nivåene, vil bildet kompliseres ytterligere.

## 6. Mulige metoder for å løse problemer knyttet til gradienten

Det er nå gjort så mye forskning på området "sosial ulikhet og helse", at det er få som betviler at det faktisk er slik at ulike sosiale lag i samfunnet har ulik helse og at det er en jevnt helsegradient gjennom alle samfunnslag. I februar 2007 kom stortingsmelding nr 20 (2006-2007) om nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Fordi problemene knyttet til sosiale helseforskjeller er så sammensatte, tar stortingsmeldingen (st.meld) utgangspunkt i flere av forklaringsmodellene når den beskriver metoder for å løse problemer knyttet til gradienten. Fordi problemene er så sammensatte, har også de fleste metodene langsiktige mål.

Noe av det viktigste i den psykososiale teorien er at vår helse påvirkes av den sosiale strukturen rundt oss. Dette er det første st.meld tar tak i; for å prøve og minske de sosiale helseforskjellene, er det nødvendig med "gode og trygge oppvekstvilkår for alle, rettferdig fordeling av inntekt og like muligheter til utdanning og arbeid".

St.meld bruker også forskning som støtter livsstilshypotesen og vektlegger betydningen av å tilrettelegge slik at det er enkelt å velge en sunn livsstil, for eksempel gjennom prisregulering. Dette vil være viktig for dem som tilhører lavere sosiale lag. I disse samfunnslagene finner vi også størst opphopning av de fleste sykdommer, og tilgjengeligheten av helsetjenester må være like god uansett hvilket sosialt lag man tilhører. Det betyr at helsetjenesten kanskje må være bedre representert i områder hvor folk fra lavere sosiale lag bor enn i andre områder.

Den psykososiale teorien vektlegger betydningen av å kunne delta i samfunnet rundt seg. Dette har st.meld tatt opp og nevner hvor viktig det å legge forholdene til rette for sosial inkludering, både på skoler og i arbeidslivet, og sier dessuten at det offentlige må samarbeide med frivillige organisasjoner for å få dette til.

Fordi problemene er så komplekse, påpeker også st.meld nødvendigheten av å arbeide med sosiale helseforskjeller i mange ulike sektorer og at disse sektorene må samarbeide. På grunn av kompleksiteten er det også nødvendig med systematisk rapportering fra dette arbeidet for å sørge for at samfunnet utvikler seg i ønsket retning.

St.meld bygger altså på flere av forklaringsteoriene for de sosiale helseulikhetene. Men det er ingen av teoriene som kan gi en heldekkende forklaring på hvorfor ulikhetene oppstår, de

forklarer bare deler av problemet. Det må derfor være andre faktorer som spiller inn som vi ikke vet om ennå. Selv om det har vært gjort mye forskning på dette området, er dette tydeligvis ikke nok. St.meld vektlegger derfor behovet for fortsatt forskning rundt dette temaet.

Den psykososiale teorien hevder at det er langvarig stressbelastning fra særlig det å ikke ha kontroll over sin hverdag og det å ikke kunne delta i samfunnet rundt en som gjør at vi blir syke. Hvis teorien stemmer, er det disse mekanismene vi må ta tak i for å forbedre helsen og det kan derfor virke som om det forebyggende helsearbeide må få en mye større plass enn det det gjør i dag.

Hvis det er vårt behov for å ha kontroll over og innflytelse på vår hverdag som har så stor betydning for helsen som denne teorien påstår, må vi lære hva dette innebærer for den enkelte og hvordan man får det til. For å kunne ha mulighet til å påvirke ens hverdag er det nødvendig å vite hvordan man vil leve, man må vite hva det er man ønsker å påvirke. Dersom bevisstheten rundt dette er avgjørende for vår helse, er dette noe leger må kunne snakke med sine pasienter om.

Det samme gjelder vårt behov for deltagelse i samfunnet rundt oss. Dette handler om hvordan vi interagerer med andre mennesker. Vi må derfor bli mer bevisst på hvordan vi reagerer i sosiale sammenhenger, hvordan vi kommuniserer og særlig om hvordan vi selv reagerer på det vi opplever, ettersom det er dette som fører til stressbelastning. Hvis vi skal forhindre at dette leder til sykdom, har leger en oppgave i å diskutere disse temaene med pasienter.

Ut fra teorien kan det virke som om mange av mekanismene som fører til langvarig stressrespons i kroppen dreier seg om følelser. Det er vår reaksjon på visse følelser som gir stressresponsen. Hvis dette stemmer, må vi bli mye mer bevisst på hvordan vi reagerer følelsesmessig i ulike situasjoner, og hvordan vi reagerer på våre egne følelser. Ellers kan vi ikke endre våre reaksjoner som ellers leder til langvarig stressrespons og sykdomsutvikling. Dette er også temaer legen må snakke om med sine pasienter.

Men dette er vanskelige temaer å ta opp med pasienter, dessuten er faren for at leger prøver å overføre sine egne verdier til pasienter til stede. Hvis det er riktig som teorien sier at dette har så stor innvirkning på vår helse, vil det likevel være nærmest uetisk å ikke diskutere dette. Dersom leger skal kunne diskutere dette med pasienter, kreves det selvsagt kunnskap om dette temaet hos leger. Det kreves dessuten kunnskap i hvordan man snakker om dette temaet. Og det må snakkes om dette jevnlig, det er for sent å starte med dette når først sykdommen(e) har begynt å utvikle seg. Kanskje er det også for sent å begynne og snakke om dette når man går til

legen som voksen. Kanskje er dette temaer som må inn i skolen fra vi er små på en mer systematisk måte enn i dag.

I dag lærer vi mye på medisinstudiet om hvordan man skal behandle sykdom eller skade som er oppstått. Vi lærer også noe om hva som kan forebygge sykdom, men lite om hvordan langvarig stressbelastning kan føre til sykdom og enda mindre om hvilke mekanismer som leder til langvarig stressbelastning. Hvis den psykososiale teorien stemmer, er det i så fall synd at vi i løpet av et 6 års studie kun har fire måneder psykologi, som kanskje er det faget som mest kommer bort i mekanismene som fører til stressreaksjoner. Dersom teorien stemmer må vi som fremtidige leger lære hvordan vi kan hjelpe pasienter til å finne ut hva som er viktig i deres eget liv, hvordan de vil leve sine liv og hvordan de kan bli bevisst sine egne følelser og reaksjonsmønstre.

## **7. Litteraturliste**

Clausen B. Sosiale ulikheter i helse i Norge? 2007

Fugelli P. Politikk og helse. 2007

Marmot M. Status Syndrom 2004

Sosial- og helsedirektoratet Gradientutfordringen. Sosial-og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. 2005

St.meld.nr 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Westin S. Om helse og klassetilhørighet. 2007

Wilkinson RG. The impact of inequality 2005

Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of the inequality 1996